



## **DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO Y FIRMA Autorización para Cesión de Datos a Terceros**

Una vez conocido el resultado del estudio genético que me han realizado, AUTORIZO a la Fundación Hipercolesterolemia Familiar para que se pongan en contacto con mis familiares para que les puedan ofrecer la posibilidad de realizar el test genético de Hipercolesterolemia Familiar, transmitiéndoles la información sobre los resultados de las pruebas que a mi me han realizado.

---

|                         |       |       |
|-------------------------|-------|-------|
| Nombre del participante | Firma | Fecha |
|-------------------------|-------|-------|

---

|   |       |       |
|---|-------|-------|
| Nombre del tutor o representante legal<br>(En caso de ser menor de 18 años) | Firma | Fecha |
|---|-------|-------|

---

|                         |       |       |
|-------------------------|-------|-------|
| Nombre del Investigador | Firma | Fecha |
|-------------------------|-------|-------|

---